FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 88.

DE LA

NÉVROSE CÉRÉBRO-CARDIAQUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 16 Juillet 1896

PAR

Jean-Hippolyte GOUBAULT

Né le 14 Avril 1847 à CORNÉ (Maine-et-Loire)

Examinateurs de la Thèse..	MM. PICOT	professeur	*Président*
	PITRES	professeur	*Juges*
	MESNARD	agrégé	
	SABRAZÈS	agrégé	

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1896

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543506_0007

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 88.

DE LA

NÉVROSE CÉRÉBRO-CARDIAQUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 16 Juillet 1896

PAR

Jean-Hippolyte GOUBAULT

Né le 14 Avril 1847 à CORNÉ (Maine-et-Loire)

Examinateurs de la Thèse..	MM. PICOT	professeur	*Président*	
	PITRES	professeur		
	MESNARD	agrégé	*Juges*	
	SABRAZÈS	agrégé		

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

—

1896

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ..... } Professeurs honoraires
AZAM..... }

MESSIEURS

Clinique interne	PICOT. PITRES.
Clinique externe	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique d'accouchements	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIE.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	de NABIAS
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MESNARD. CASSAET. AUCHE. SABRAZÈS. LE DANTEC.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	VILLAR. BINAUD. BRAQUEHAYE.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie	PRINCETEAU. CANNIEU.
Physiologie	PACHON.
Histoire naturelle	BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DUBREUILH	Pathologie externe	DENUCE
Cliniq. des maladies des voies urin.	POUSSON	Accouchements	RIVIÈRE
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE	Chimie	DENIGÈS

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON BEAU-FRÈRE

LE DOCTEUR CESBRON

A MONSIEUR ET A MADAME PIRARD-BODIN

A TOUS CEUX QUI M'AIMENT

PARENTS, AMIS, COLLÈGUES

A MADEMOISELLE SOYER

A MONSIEUR L'ABBÉ SOYER

Hommage de ma reconnaissance
et de mon respectueux dévouement

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS

MESSIEURS LES PROFESSEURS DÉZANNEAU

FEILLÉ, LEGLUDIC, GUIGNARD, DOUET, BAHUAUD

A MONSIEUR LE DOCTEUR RONDOT

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAREAU

PROFESSEUR D'ANATOMIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS

CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR PICOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE INTERNE

LAURÉAT DE L'INSTITUT

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

INTRODUCTION

La névrose cérébro-cardiaque n'est pas admise par tous les médecins comme un type morbide bien défini. Elle ne serait, selon les uns, qu'une des formes cliniques, qu'un des degrés de l'état nerveux. Pour d'autres, au contraire, elle réalise une maladie présentant des caractères bien tranchés, qui la distinguent essentiellement de la neurasthénie. M. le professeur Grasset (de Montpellier) en donne une excellente description dans son *Traité pratique des maladies du système nerveux*, et voici ce qu'écrit M. le professeur Dieulafoy dans son *Manuel de pathologie interne* : « Sous le nom de névropathie cérébro-cardiaque, Krishaber a fait connaître une névrose dont les caractères sont si accusés et les symptômes si constants, que je n'hésite pas, à son exemple, à considérer la névropathie cérébro-cardiaque comme une entité morbide, n'ayant avec les autres états nerveux décrits sous le nom de

nervosisme (Bouchut), d'irritation spinale (Brown), de neurasthénie, que des analogies plus ou moins éloignées. » Nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'observer un ensemble de troubles nerveux offrant avec la maladie décrite sous le nom de névropathie cérébro-cardiaque une si complète identité, que nous nous rangeons volontiers à l'opinion de M. le professeur Dieulafoy, et nous pensons que cette névrose doit être nettement séparée de la neurasthénie.

La neurasthénie a donné lieu à des classifications assez nombreuses. M. le professeur Pitres, prenant pour base exclusive la localisation des troubles morbides, admet les six formes suivantes : 1° cérébrale ; 2° spinale ; 3° névralgique ; 4° cardialgique ; 5° gastro-intestinale ; 6° génitale. A côté de ces variétés bien déterminées, il y a place, croyons-nous, pour d'autres variétés mixtes, caractérisées par une association de symptômes se rattachant à des formes cliniques différentes. Ce sont ces formes associées qui constituent la forme cérébro-spinale de Bouveret, les formes cérébro-gastrique, cérébro-cardiaque de Levillain. Si nous nous en rapportons aux faits cliniques que nous avons étudiés, nous pensons que la variété cérébro-cardiaque mérite d'être particulièrement signalée. Nos observations ne peuvent s'appliquer entièrement aux formes cérébrale et cardiaque considérées isolément. La cérébrasthénie, pas plus que la neurasthénie cardialgique, ne correspond exactement au tableau clinique de la maladie que nous avons constatée. Celle-ci nous paraît réaliser un état morbide plus complexe que chacune des deux autres variétés. Nous chercherons, dans notre

thèse inaugurale, à en retracer les principaux traits, à en préciser le caractère spécial et la physionomie propre.

Nous étudierons l'étiologie, les symptômes, la physiologie pathologique et le diagnostic de la névrose cérébro-cardiaque. Nous indiquerons enfin le traitement qui a paru le plus souvent utile aux malades atteints de cette douloureuse affection.

Avant de commencer ce travail, notre devoir est d'adresser à nos chers maîtres, MM. les professeurs Dézanneau et Feillé, l'hommage de notre vive gratitude.

M. le professeur Mâreau nous a, par ses leçons de médecine opératoire, facilité l'accès du doctorat. Arrivé au terme de nos examens, nous sommes heureux de lui adresser nos plus sincères remerciements.

Et nous n'oublierons jamais le sympathique accueil qui nous a été fait à Bordeaux par notre ancien condisciple de l'Ecole d'Angers, M. le docteur Rondot, professeur agrégé à la Faculté de médecine. Il a bien voulu encourager nos efforts et nous aider de ses conseils pour le choix du travail que nous présentons à la bienveillance de nos juges. Nous lui en exprimons notre profonde reconnaissance.

Nous prions M. le professeur Picot d'agréer nos plus respectueux remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

ÉTIOLOGIE

Les causes de la névrose cérébro-cardiaque ne diffèrent pas essentiellement de celles de la neurasthénie. Les trois grands facteurs qui dominent l'étiologie de la neurasthénie : l'hérédité neuro-arthritique, le surmenage cérébral, les passions dépressives, tiennent également sous leur dépendance le développement de la névrose cérébro-cardiaque.

L'abus du tabac, du café, du thé, nous paraît jouer un rôle étiologique important dans la névrose cérébro-cardiaque. Au contraire, dans la neurasthénie, on ne peut guère l'invoquer à titre de cause fréquente : « L'abus du tabac, du café, a été incriminé quelquefois. Mais les faits de cette catégorie sont en très petit nombre et peu démonstratifs ». (*Traité de Médecine.*) Cet abus est très souvent signalé comme cause déterminante de la névrose cérébro-cardiaque.

Le plus grand nombre d'observations de cette maladie se rapporte à des personnes de 20 à 50 ans, et c'est de 30 à 40 qu'elle est le plus souvent constatée.

Les hommes y sont aussi prédisposés que les femmes.

A l'étiologie de la névrose cérébro-cardiaque nous rattacherons la question du rapport qui existerait, d'après quelques cliniciens, entre cette maladie et la paralysie générale. Dans une leçon sur la période prodromique à forme neurasthénique de la paralysie générale (*Semaine Médicale* du 22 novembre 1893), M. Gilbert Ballet cite ce passage du *Traité de la Paralysie générale des aliénés*, de M. Aug. Voisin : « On trouve dans les prodromes de la paralysie générale tous les phénomènes que Krishaber rapporte à ce qu'il appelle la névropathie cérébro-cardiaque ». Et M. Gilbert Ballet ajoute : « Cette remarque nous paraît très juste et nous l'acceptons à la condition de compléter la dernière proposition par celle-ci : particulièrement si le neurasthénique est un ancien syphilitique ». Cette hypothèse ne nous semble pas devoir être admise. Les nombreux cas de névrose cérébro-cardiaque qui ont été publiés se sont toujours terminés heureusement, et les malades, suivis longtemps après leur guérison, n'ont pas présenté de symptômes de paralysie générale. Une telle opinion renverserait, du reste, la relation de cause à effet qui existe entre la syphilis et la paralysie générale. Les 38 observations données par Krishaber dans son livre ne contiennent qu'un seul cas de syphilis antérieure. De plus, le nombre de femmes atteintes de névrose cérébro cardiaque est égal au moins à celui des hommes. Or, la syphilis est moins fréquente chez la femme que chez l'homme, dans la classe sociale où s'observe habituellement la névrose cérébro-cardiaque. La relation étiologique que l'on suppose exister entre la névrose cérébro-cardiaque et la paralysie générale ne nous paraît donc pas justifiée.

SYMPTOMES

La névrose cérébro-cardiaque est parfois annoncée par des signes précurseurs, tels que des vertiges, des défaillances. Un de nos malades avait éprouvé, à plusieurs reprises, de l'hémiopie et du scotome scintillant qui nous avaient d'abord fait penser à une migraine ophtalmique.

Le début de la maladie est habituellement brusque, et caractérisé par l'obnubilation des sens, de l'angoisse précordiale et un malaise inexprimable. Simultanément, ou quelques instants après, apparaissent des vertiges, le malade éprouve une agitation extrême, de la défaillance ou une syncope.

Bientôt l'apaisement se produit, les troubles du début se calment, mais pour reparaître le même jour ou quelques jours après. Les accès se rapprochent, et, au bout de peu de jours, les symptômes deviennent continus. Les moments de recrudescence deviennent parfois périodiques. Nous avons

observé cette périodicité chez un de nos malades. Nous avions tout d'abord diagnostiqué des accès de fièvre intermittente, très commune dans le pays où nous exercions. Le sulfate de quinine, loin d'arrêter les accès, ne fit que les aggraver.

La maladie confirmée se caractérise par des symptômes à peu près constants. Les vertiges du début persistent, et à ces vertiges s'ajoutent l'insomnie et une sensation de rêve et d'ivresse.

D'après Krishaber, l'insomnie se rattacherait particulièrement à la forme grave de la maladie, tandis que, dans la forme légère, les nuits seraient calmes ou à peu près calmes. Chez deux de nos malades, dont les symptômes ont présenté une grande intensité, le sommeil est toujours resté régulier. Souvent les malades accusent un sommeil très lourd, ils sont comme narcotisés et tourmentés par des cauchemars très pénibles. « La nature des rêves est très caractéristique ; les impressions tristes dominent. Le malade est obsédé par des apparitions extrêmement pénibles... ; c'est une succession non interrompue d'illusions effrayantes d'une excessive vivacité...; ses rêves le poursuivent dans l'état de veille et se transforment en hallucinations ». Les visions s'évanouissent, mais le malade reste dans un « vague indéfinissable », sa tête est vide, son esprit garde longtemps quelque chose du rêve. Ce vague indéfinissable nous semble un symptôme caractéristique. Il existe même, d'après nos observations, chez les malades dont le sommeil n'a jamais été mauvais.

Les troubles circulatoires sont dominants dans la névrose cérébro-cardiaque. Les palpitations, les lipothymies, les syncopes sont des symptômes constants. Le pouls est tantôt très rapide, tantôt ralenti. Chez un de nos malades, il ne battait que cinquante fois par minute le premier jour de la

maladie. On observe fréquemment des alternances d'accélération et de ralentissement du pouls. L'auscultation du cœur révèle parfois un souffle systolique à la base, même chez les sujets pléthoriques.

Le vertige est un symptôme très fréquent de la maladie. Nous ne l'avons pas cependant observé d'une manière constante; nous avons plus souvent noté des étourdissements, des absences, la sensation d'ivresse.

Les troubles sensoriels se traduisent, du côté de la vue, par des modifications multiples : « Tel malade se regarde dans la glace avec étonnement, comme s'il ne pouvait se reconnaître, mais il n'est pas dupe de son illusion et sait que rien n'est changé, si ce n'est sa perception ». A ces troubles s'ajoutent parfois l'amblyopie et la diplopie. Il survient souvent des mouches lumineuses ou des étincelles, quelquefois aussi de véritables hallucinations. Les hallucinations ne se produisent généralement que dans l'obscurité : ce sont des visages grimaçants, des monstres, des figures chimériques qui s'imposent constamment. La photophobie, lorsqu'elle est très prononcée, oblige le malade à s'enfermer dans une obscurité complète, le moindre rayon de lumière produit des étourdissements et du vertige. Nous n'avons pas constaté de troubles pupillaires.

L'hyperesthésie auditive est constante. Le moindre bruit devient extrêmement pénible. Les tintements, les bourdonnements d'oreilles sont très fréquents.

L'odorat, le goût et le tact sont moins souvent atteints. Nous n'avons rien remarqué de particulier, chez nos malades, du côté de ces fonctions.

Les aberrations sensorielles conduisent à des conceptions étranges. « J'ai perdu la conscience de mon être, je ne suis pas moi-même, » telles sont les expressions de beaucoup de

malades. Le malade vit au milieu de sensations de vide, de rêve ou d'ivresse, l'aspect du monde extérieur lui paraît changé. « Ce que je ne saurais trop vivement mettre en relief, dit Krishaber, c'est que *jamais* le malade, quelque troublé qu'il soit, ne croit à la réalité de ses illusions; jamais il ne s'y rattache une conception délirante. »

Les névralgies sont multiples, névralgies de la tête, de la face, de l'oreille, névralgie sciatique. La douleur la plus intense affecte le cœur et prend, dans les grands accès, la forme de l'angine de poitrine. Lorsque les accès sont atténués, ils se manifestent seulement par une sensation de strangulation.

Les troubles de la respiration sont peu accusés. Ils consistent en dyspnée survenant presque constamment au moment des accès d'angine de poitrine, en toux et en aphonie nerveuses. La glande thyroïde est normale.

Les parésies sont très fréquentes et se traduisent le plus souvent par une lassitude extrême.

On observe, dans les premières semaines de la névrose cérébro-cardiaque, de l'inappétence et de la constipation. Les fonctions digestives redeviennent bientôt normales, et, au milieu de ses plus violents accès, le malade s'alimente aussi bien que dans l'état de santé. Nous n'avons pas constaté, chez nos malades, la dilatation de l'estomac.

La menstruation ne paraît pas être atteinte de troubles bien sérieux dans la névrose cérébro-cardiaque.

Nous ne pouvons rien signaler de particulier du côté de la sécrétion urinaire, si ce n'est une abondante émission d'urines claires (urines nerveuses) à la fin des accès. L'analyse des déchets urinaires, telle qu'elle a été faite par Gilles de la Tourette et Cathelineau dans l'hystérie, aurait sans doute un grand intérêt. L'absence de renseignements dans les

livres que nous avons parcourus et notre éloignement des laboratoires ne nous permettent pas de nous prononcer à cet égard.

Les facultés affectives se ressentent de l'irritabilité du malade. « L'irritabilité du malade rend ses rapports difficiles, même avec sa famille, il s'isole, éprouve des antipathies violentes, non motivées, et devient complètement insociable. »

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

« En quoi consiste essentiellement la neurasthénie? Quelles sont les modifications anatomiques ou chimiques des centres nerveux d'où dépendent les troubles psychiques, digestifs, circulatoires, etc., qui la caractérisent? Nous l'ignorons complètement. Erb suppose un trouble intime de la nutrition des éléments nerveux; Beard, un défaut d'équilibre entre leur usure et leur réparation; M. Féré, une modification de leur vibratilité. Par quel mécanisme des causes si diverses viennent-elles provoquer le développement de cet état morbide? Sur ce point encore aucune donnée précise, mais seulement des hypothèses, des théories ». Ainsi est appréciée la pathogénie de la neurasthénie par le docteur Duthil dans le *Traité de Médecine*. Après avoir rappelé l'antique doctrine de Galien et de l'*atrabile*, celles de Van Helmont et de l'*archée*, de la dyspepsie développée par Beau, de la gastrite soutenue par Broussais et son école, le docteur Duthil fait l'examen critique des théories plus séduisantes de la dilatation de l'estomac

et de l'entéroptose. Et il conclut que la dilatation de l'estomac, aussi bien que la ptose des viscères, fait défaut chez beaucoup de neurasthéniques.

La physiologie pathologique de la névrose cérébro-cardiaque ne peut évidemment reposer sur des bases expérimentales plus solides. Nous ne pouvons donc qu'analyser les conceptions pathogéniques qui ont été émises à son sujet.

Les symptômes du début, insomnie, hyperesthésie et perturbation des sens, troubles de la circulation, sont dus à une excitation de la cellule nerveuse elle-même. Tous les malades, en effet, accusent, à cette période, une exagération momentanée des facultés, une véritable exubérance de pensées et d'idées. Il est vrai que l'insomnie conduit bientôt à la fatigue et à l'épuisement intellectuels, et le malade tombe dans l'hébétement. « C'est que l'intelligence du malade subit cette loi générale de la physiologie qui veut que la cessation et aussi la diminution considérable d'une fonction soit toujours précédée d'une période de suractivité. »

Le mécanisme immédiat de ces symptômes de début se résumerait dans l'anémie cérébrale. Excitation de la cellule nerveuse, troubles vaso-moteurs, contracture *persistante* des vaisseaux, anémie localisée du cerveau, tel serait l'enchaînement des actes pathologiques qui concourent à leur production. Les expériences de Brown-Séquard ont démontré la possibilité d'une contracture persistante des petits vaisseaux de la moelle, celles de Van der Beck, de Collin fils et de Nothnagel ont également prouvé la réalité des spasmes vasculaires de la pie-mère cérébrale et de l'encéphale. L'irritation spinale correspond, pour Hammond, à l'ischémie médullaire. Cette ischémie peut se produire, soit sous l'influence de l'anémie générale, de la chlorose, soit sans aucune altération du sang, et, dans ce dernier cas, c'est le trouble de l'exci-

tabilité spinale qui est le phénomène primordial. La même ischémie existe dans la névrose cérébro-cardiaque, mais elle se localise alors à l'encéphale.

On a également cherché à déterminer la localisation des troubles sensoriels, et voici comment on a pensé élucider cette difficile question de pathogénie : « La physiologie expérimentale, muette ou à peu près sur la grande question de l'intelligence, nous enseigne cependant le mécanisme de la perception des images sensorielles. Les impressions sont recueillies à la périphérie par les nerfs sensitifs, ces nerfs les transmettent au mésocéphale; c'est au mésocéphale que l'impression est *sentie*, sensation brute, non consciente, mais qui, à son tour, va être conduite à travers le corps opto-strié (organe de transmission) jusqu'à la couche corticale ou substance grise des hémisphères : c'est dans ces organes qu'a lieu la sensation consciente, l'*idéation* des impressions sensorielles, c'est-à-dire la conception des images. »

Les sensations fausses des malades sur le monde extérieur se produisent dans le mésocépale. L'organe de la sensation consciente (couche corticale de l'hémisphère) n'étant pas atteint, le malade se rend bien compte qu'il est en proie à des illusions multiples et que ses sens seuls le trompent.

Quant aux palpitations, elles sont dues à l'excitation du grand sympathique, et c'est l'excitation du pneumogastrique qui provoque les lipothymies et les syncopes par la tendance à la diastole qu'elle produit. Les autres filets du nerf vague peuvent aussi être intéressés, et c'est ce qui explique la sensation de strangulation, si commune dans la névrose cérébro-cardiaque, ainsi que les troubles gastriques que l'on observe au début de cette maladie.

Le vertige survient comme une conséquence inévitable des perversions sensorielles; c'est un véritable vertige à *sensibus lœsis*.

En résumé, les phénomènes d'ordre psychique, tels que la suractivité intellectuelle suivie d'apathie, la tristesse, l'insomnie, sont dus à l'excitation directe des cellules cérébrales de la substance corticale des hémisphères, et les troubles sensoriels ont leur siège dans le mésocéphale.

Telle serait l'interprétation pathogénique des symptômes de la névrose cérébro-cardiaque. En dernière analyse, l'ischémie, devenant la cause d'une nutrition insuffisante des territoires cérébraux environnants, et cette insuffisance de nutrition provoquant, à son tour, l'excitation, le cercle vicieux pathogénique se trouve constitué, et les accidents deviennent continus.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

1° *Avec la neurasthénie.* — Les troubles que l'on observe du côté du cœur ont une telle prédominance dans la maladie que nous étudions qu'ils ont imposé le nom de cérébro-cardiaque à cette névrose. Ils apparaissent avec une grande intensité dès les premières heures de la maladie. L'individu qui en est frappé se trouve immédiatement sous le coup de lipothymie, d'angoisse à la région du cœur et de palpitations. Dès le premier jour on peut constater une très grande accélération du pouls ou, au contraire, son ralentissement, ou bien encore des alternances d'accélération et de ralentissement des pulsations artérielles ; et, pendant toute la durée de la névrose, on observe une irritabilité extrême du système vasculaire. Une émotion, l'acte de se lever ou de s'allonger précipitent le pouls de 30, de 40 pulsations. Le malade éprouve de fréquents accès de violentes palpitations, ainsi que les symptômes plus ou moins intenses, mais généralement atténués, de l'angine de poitrine. A l'auscultation du cœur, on constate souvent un léger bruit systolique à la base, et ce bruit

s'entend aussi dans les vaisseaux du cou, parfois même chez les sujets robustes et d'aspect pléthorique.

La neurasthénie est également marquée par des palpitations et des troubles vasculaires, mais ces troubles ne se produisent pas avec la même soudaineté dès le début; ils ont une moins grande fréquence et une moindre intensité dans le cours de la neurasthénie que dans l'évolution de la névrose cérébro-cardiaque. Ce qui nous paraît caractériser essentiellement les troubles circulatoires de la névrose cérébro-cardiaque, c'est la brusquerie de leur apparition au début même de la maladie.

Les principaux stigmates de la neurasthénie : céphalalgie, vertige, insomnie, dépression cérébrale, rachialgie, troubles gastro-intestinaux, permettront encore d'établir le diagnostic de la neurasthénie et de la névrose cérébro-cardiaque.

D'après Bouveret, la céphalalgie existe dans les 3/4 des cas, et d'après Levillain, dans les 4/5 des cas de neurasthénie. Lafosse, qui a étudié particulièrement ce symptôme, l'a constaté 44 fois sur 45. Cette céphalalgie a des caractères pathognomoniques : c'est une sensation de plénitude, de constriction, de pesanteur, la sensation d'une coiffure trop serrée ou trop lourde (casque neurasthénique). La céphalalgie n'est que rarement observée dans la névrose cérébro-cardiaque. Dans le plus grand nombre des cas, les malades n'accusent pas de douleur de tête ; c'est plutôt une sensation de vide et d'ivresse.

Le vertige neurasthénique est léger ou grave. Dans le premier cas, « c'est une vague sensation d'instabilité », dans le second, « une titubation véritable ». Mais, quelle que soit son intensité, c'est « un phénomène passager » (Grasset). Le vertige de la névrose cérébro-cardiaque, dans les très nombreux cas où on l'a observé, a toujours présenté une grande inten-

sité, et il n'a jamais disparu qu'après une longue période de la maladie.

Chez beaucoup de neurasthéniques, l'insomnie est un symptôme prédominant. Parfois, le sommeil se produit hâtivement, mais il est de courte durée. Le plus souvent, il s'agit d'une difficulté plus ou moins grande à s'endormir. Dans la névrose cérébro-cardiaque, l'insomnie est absolue et persistante, du moins pendant les premières semaines de la maladie. Son absence, au début, et dans le cours de la névrose, serait un signe négatif important de la forme légère.

Les phénomènes de dépression cérébrale jouent un rôle des plus importants dans la neurasthénie. Les facultés intellectuelles sont amoindries : la mémoire est moins nette, l'attention ne peut être prolongée sans fatigue ; mais, de toutes les opérations de l'intelligence, c'est la volition qui est le plus sérieusement atteinte : le neurasthénique ne peut plus vouloir, sa volonté a cédé la place à une aboulie persistante. La dépression cérébrale est peut-être moins prononcée et toujours moins durable dans la névrose cérébro-cardiaque.

La rachialgie est le stigmate caractéristique d'une forme spéciale de neurasthénie, l'irritation spinale. Nous nous réservons d'en parler lorsque nous indiquerons les caractères spéciaux par lesquels l'irritation spinale se distingue de la névrose cérébro-cardiaque.

On trouve, du côté des fonctions digestives, un élément important de diagnostic. Dans la neurasthénie, les troubles digestifs sont constants ; la dyspepsie flatulente, le gonflement après les repas, les bouffées de chaleur, la somnolence, la constipation, sont des symptômes qui ne font pas défaut, et ces symptômes sont presque toujours accompagnés d'amai-

grissement et de décoloration des tissus. Sauf l'inappétence et la constipation passagères du début, les troubles digestifs n'existent pas dans la névrose cérébro-cardiaque, les malades conservent leur appétit et digèrent aussi bien qu'à l'état normal; ils ont l'apparence de la santé et quelques-uns prennent même de l'embonpoint.

La dilatation de l'estomac a été invoquée comme cause de neurasthénie, et on la rencontre, en effet, souvent chez les neurasthéniques. Nous n'avons pas trouvé, dans les observations de névrose cérébro-cardiaque que nous avons pu lire, d'indications précises à cet égard. Les excitants de toute sorte semblent plutôt dominer de leur importance l'étiologie de cette névrose. Nous n'avons pas constaté chez nos malades la dilatation de l'estomac, et nous pensons que l'intégrité des fonctions digestives peut être un caractère distinctif précieux de la névrose cérébro-cardiaque.

La marche et la durée des deux maladies serviront aussi à fixer leur diagnostic différentiel. Tissot, cité dans le *Traité des névroses* d'Axenfeld et Huchard, résume ainsi la marche de la neurasthénie : « En général, on peut dire que les maladies du genre nerveux prennent peu sur la durée de la vie, qu'elles l'abrègent peu ; mais si elles prennent peu sur la longueur des jours, elles prennent beaucoup sur le bonheur ». (*Traité des névroses.*) La neurasthénie, surtout lorsqu'existe une hérédité lourde, « est tenace, souvent inguérissable ; les troubles cérébraux s'accusent de plus en plus, et la névrose se transforme à un moment donné en psychose définitive ». (Grasset, *Traité pratique des maladies du système nerveux.*) La névrose cérébro-cardiaque, au contraire, a une marche bien déterminée, dont la durée est en moyenne de deux années; elle présente une tendance constante à la guérison. Le neurasthénique reste à peu près toujours sous le coup de

ses accidents. « On ne meurt que très exceptionnellement par le seul fait de l'état nerveux, mais on en guérit bien difficilement ». (*Traité des névroses.*) Le malade atteint de névrose cérébro-cardiaque, soumis à une bonne hygiène et à un traitement rationnel, arrive à coup sûr à la guérison, sans conserver la moindre trace de sa maladie.

2° *Avec l'hystérie.* — L'hyperesthésie, les paralysies passagères, les accès hystériformes, les pleurs et la tristesse, la sensation de strangulation pourraient permettre des rapprochements entre la névrose cérébro-cardiaque et l'hystérie. Les modifications de la sensibilité et les troubles psychiques nous semblent établir entre ces deux maladies une distinction fondamentale.

La dermalgie est rare dans l'hystérie, elle ne s'y observe que dans un dixième des cas. Dans la névrose cérébro-cardiaque, l'hyperesthésie de la peau est presque constante. L'hyperesthésie des muscles est très fréquente dans l'hystérie. Briquet, sur 430 malades, n'en a trouvé que 20 au plus qui fussent indemnes. Cette hyperesthésie peut s'étendre à tous les muscles, mais c'est sous forme de rachialgie et de céphalalgie qu'elle se produit le plus souvent. Or, la rachialgie est rare dans la névrose cérébro-cardiaque, elle ne s'y observe qu'à l'état d'ébauche, pour ainsi dire, ne se traduisant que par une douleur sans importance à la nuque, et la céphalalgie y est tout aussi exceptionnelle ; les troubles du côté de la tête sont bien plus souvent marqués par une sensation de rêve et d'ivresse.

La douleur épigastrique, l'hyperesthésie intestinale avec coliques et pneumatose, l'ovarie, les zones hystérogènes sont des symptômes bien spéciaux à l'hystérie. Les arthralgies, avec ou sans contracture, y sont aussi bien plus fréquentes que dans la névrose cérébro-cardiaque.

L'anesthésie, qu'elle soit généralisée, disséminée, ou qu'elle revête le type hémiplégique, est fréquente chez les hystériques. Krishaber ne l'a jamais observée chez ses malades.

Les paralysies hystériques se reconnaissent à des signes particuliers. « Une paralysie accompagnée d'anesthésie, l'anesthésie prenant la forme de contours perpendiculaires à l'axe longitudinal du membre, avec contractilité électrique normale, réflexes exagérés, normaux ou diminués, tels sont les caractères des paralysies hystériques ». (Dieulafoy.) Ces paralysies paraissent et disparaissent avec une égale facilité. Ce sont les parésies que l'on observe surtout dans la névrose cérébro-cardiaque. Ces parésies, très fréquentes, sont généralisées et se traduisent par une lassitude excessive.

Les contractures sont souvent constatées dans l'hystérie. Nous n'en avons relevé qu'un seul cas dans les 38 observations de la monographie de Krishaber.

L'amnésie est un symptôme assez fréquent de la névrose cérébro-cardiaque. Le malade confond les faits passés avec le souvenir de ses rêves, il a perdu la notion du temps. C'est surtout la mémoire locale qui est affaiblie. Tel malade ne reconnaît pas le chemin de sa maison.

Les amnésies hystériques ont été divisées par P. Janet en systématisées, localisées et générales. Dans l'amnésie systématisée, le malade oublie un certain groupe d'idées du même genre formant ensemble un système, par exemple tout ce qui concerne une personne ou une famille. Les amnésies localisées portent sur une période donnée. L'amnésie générale assimile le malade à l'enfant qui vient de naître; c'est la table rase.

Voici quelle est pour P. Janet l'interprétation de l'amnésie hystérique : comme pour les sensations, il y a pour le souve-

nir complet, d'abord formation de l'image, puis assimilation psychologique de cette image. L'amnésie hystérique est un trouble de l'assimilation psychologique. En effet, les souvenirs disparaissent dans les actes personnels et reparaissent quand la personnalité abdique, dans le sommeil, les rêves, les actes irréfléchis. L'amnésie hystérique est donc un trouble de la personnalité. « Les éléments du souvenir, la conservation et la reproduction des images sont intacts, mais il y a un défaut de synthèse actuelle des éléments psychologiques, défaut qui supprime plus ou moins complètement l'assimilation des souvenirs à la personnalité..... La perception personnelle, incapable de rattacher tous les éléments à l'ensemble de la personnalité, néglige de percevoir telle ou telle catégorie d'images. » (P. Janet, *Etat mental des hystériques.*)

Les troubles de la mémoire dans la névrose cérébro-cardiaque ne présentent pas rigoureusement les mêmes caractères que l'amnésie systématisée et localisée de l'hystérie : ils ne se rattachent pas aussi spécialement à un groupe de faits ou de personnes, et n'ont pas la même durée que dans l'hystérie. De plus, ils nous paraissent beaucoup moins profonds que ceux de l'hystérie, et ils n'atteignent jamais le degré de l'amnésie générale. L'amnésie hystérique est une maladie de la personnalité, il n'en est pas de même de l'amnésie que l'on observe dans la névrose cérébro-cardiaque.

Les modifications du caractère ne sont pas les mêmes dans les deux affections. L'intelligence, diminuée dans l'hystérie, reste entière dans la névrose cérébro-cardiaque. Dans l'hystérie, les affections, les sentiments de famille sont diminués (apathie psychologique, psychopathie). Il en est de même de la pudeur et de la sensibilité génitale. Les hystériques sont souvent jalouses, érotiques, elles ont l'habitude du mensonge et de la simulation. Tous ces caractères n'existent pas dans la névrose cérébro-cardiaque.

La suggestion et les idées fixes des hystériques ne peuvent s'appliquer aux malades atteints de névrose cérébro-cardiaque.

La sensation de strangulation n'est pas absolument identique. Dans la névrose cérébro-cardiaque, cette sensation est plutôt fixe, comme dans l'angine de poitrine; dans l'hystérie, elle est plus souvent mobile, remontant de l'estomac au larynx (boule hystérique).

Les troubles de la menstruation sont nuls ou peu marqués dans les observations de névrose cérébro-cardiaque. La suppression du flux menstruel paraît jouer un grand rôle dans l'étiologie de l'hystérie.

Ajoutons, enfin, que la névrose cérébro-cardiaque a une égale fréquence dans les deux sexes. L'hystérie mâle est plus rare que l'hystérie chez la femme, surtout dans les classes sociales où s'observe habituellement la névrose cérébro-cardiaque. Les recherches de MM. Marie, Pitres et Bitot ont établi que c'est surtout dans les classes inférieures de la société que l'hystérie mâle est fréquente.

3° *Avec l'irritation spinale.* — M. le professeur Jaccoud considère comme une seule et même espèce morbide les états pathologiques qui ont été décrits comme autant de maladies distinctes, sous les noms d'irritation spinale, de nervosisme, de névralgie générale, de névropathie cérébro-cardiaque. Laissant de côté le diagnostic du nervosisme et de l'irritation spinale, qui ne rentre pas dans le cadre de notre travail, nous chercherons à différencier l'irritation spinale de la névrose cérébro-cardiaque.

Dans l'irritation spinale, la douleur rachidienne est le symptôme dominant et caractéristique. Cette douleur est spontanée ou provoquée par une pression exercée sur les apophyses épineuses. Outre cette douleur locale, la compres-

sion détermine des douleurs irradiées le long du rachis, à la partie antérieure de la poitrine, à l'abdomen.

Les troubles fonctionnels qui accompagnent l'irritation spinale consistent surtout en névralgies des membres, engourdissement des extrémités, gastralgie, dyspepsie, en douleurs de reins, dysurie, battements des grosses artères et surtout de l'aorte abdominale, en troubles de la menstruation, en congestions des organes pelviens, ou encore en hémorrhagies nasales, flux diarrhéiques et leuchorréiques, œdème des extrémités.

Tel n'est point le tableau de la névrose cérébro-cardiaque. La douleur rachidienne fait à peu près toujours défaut. C'est à peine si, dans quelques observations, on a noté une douleur légère et peu durable à la nuque. Les troubles fonctionnels ne sont pas non plus les mêmes. Les hémorrhagies, les congestions utérines ou hémorrhoïdales, l'œdème des extrémités, les troubles menstruels, tous phénomènes dus à la congestion (Ollivier) ou à l'anémie (Hammond) de la moelle, ne s'observent pas dans la névrose cérébro-cardiaque.

La marche des deux maladies peut aussi servir à les différencier. L'irritation spinale a des rémissions parfois périodiques. « De là ces guérisons tellement promptes qu'elles jettent le malade dans l'admiration, trop souvent aussi le médecin dans les plus grandes illusions thérapeutiques ». (Axenfeld et Huchard, *Traité des névroses.*) La marche de la névrose cérébro-cardiaque est, au contraire, continue. « Pendant toute la durée de la maladie, les accidents du début existent sans jamais laisser place à l'état normal, fût-ce même pendant une heure. » (Krishaber.)

4° *Avec l'hypochondrie.* — La distinction de la névrose cérébro-cardiaque et de l'hypochondrie est importante à établir, au point de vue du traitement surtout. Beaucoup de malades

atteints de névrose cérébro-cardiaque s'inquiètent outre mesure de leur affection, et leurs incessantes préoccupations, leur découragement profond pourraient faire croire à l'hypochondrie. Le diagnostic ne nous paraît pas présenter, dans ce cas, de bien grandes difficultés. Les troubles accusés par l'hypochondriaque sont insaisissables, imaginaires. Chez le névropathe, à côté des symptômes purement subjectifs, existent des signes qu'il est aisé de constater matériellement, l'accélération ou le ralentissement du pouls, les troubles cardiaques, par exemple.

Les hallucinations de la névrose cérébro-cardiaque ne ressemblent pas à celles de certains aliénés. Chez le névropathe, les hallucinations ne surviennent qu'après de longues nuits d'insomnie, et disparaissent lorsque le sommeil redevient régulier ; dans l'aliénation, les hallucinations ne se rattachent pas à l'insomnie. Le névropathe se rend bien compte que ses sens le trompent ; on ne trouve pas chez lui ces conceptions délirantes qui existent chez l'aliéné.

5° *Avec l'anémie.* — La chlorose et l'anémie ne seront pas confondues avec la névrose cérébro-cardiaque. Les défaillances, les syncopes peuvent se produire dans l'anémie, mais, dans ce cas, la pâleur des téguments est caractéristique. Les malades atteints de névrose cérébro-cardiaque ont les apparences de la plus parfaite santé.

6° *Avec le goitre exophtalmique fruste.* — Trousseau a cité des cas de goitre exophtalmique sans goitre. Dans cette forme fruste, on observe cependant les troubles psychiques du goitre classique. « Ces troubles psychiques se traduisent par une sorte de torpeur intellectuelle, l'inaptitude au travail ; certains malades deviennent maussades, irascibles, impatients, fantasques, peu sociables, ils sont incapables d'attention, leur caractère s'assombrit, ils perdent le sommeil, et

après des nuits d'insomnie, ils se lèvent accablés de fatigue. » (Dieulafoy.)

Ces symptômes pourraient se rattacher en partie au tableau clinique de la névrose cérébro-cardiaque. Mais si l'on remarque combien sont rares ces formes frustes du goitre exophtalmique, et combien sont différents le mode de début et l'évolution des deux maladies, leur diagnostic sera aisément établi.

Début, Marche, Durée, Terminaison, Pronostic.

La névrose cérébro-cardiaque ne débute pas toujours de la même manière. Tel individu est pris soudainement de vertige et d'étourdissement, sans que jamais aucun trouble dans sa santé ait annoncé ces premières atteintes du mal. Tel autre aura déjà éprouvé quelques signes précurseurs, des étourdissements passagers le plus souvent, précédant parfois de plusieurs mois le véritable début de la névrose. Chez un de nos malades, ce début a été précédé d'hémiopie et de scotome scintillant.

On admis que le début brusque correspondait à la forme grave de la maladie, et que la forme légère aurait une invasion plus lente. Il n'en a pas toujours été ainsi chez les malades que nous avons eu l'occasion d'observer.

En général, les principaux symptômes ne disparaissent que progressivement, après des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Les vertiges, la sensation de rêve et d'ivresse dont l'intensité est très grande dans les premiers mois, persistent en s'atténuant pendant plusieurs années.

Les hyperesthésies sensorielles perdent de leur acuité avant la disparition des autres accidents. Les accès d'angine de poitrine ne se prolongent généralement pas beaucoup, mais, ils sont remplacés par une sensation de strangulation qui ne cesse qu'avec les autres symptômes ; cette sensation de strangulation, lors même qu'elle n'a pas été précédée de violents accès d'angine de poitrine, accompagne toujours les autres symptômes jusqu'à la guérison définitive. Les perturbations des sens sont intimement liées aux troubles sensoriels et ne disparaissent que lorsque ceux-ci sont corrigés.

L'amblyopie, la diplopie sont également très tenaces.

Les palpitations spontanées disparaissent assez rapidement, mais dans tout le cours de la maladie la moindre cause les réveille.

Les accidents ne durent dans leur intensité que pendant deux ans, quelquefois beaucoup moins, jamais plus de quatre ans. Ils peuvent cependant se prolonger davantage, lorsque, comme nous en avons observé uncas, le malade revient à l'abus des excitants ou reprend trop hâtivement et sans mesure les travaux intellectuels.

La névrose cérébro-cardiaque suit une marche constante vers la guérison, et le pronostic est favorable dans tous les cas.

TRAITEMENT

La névrose cérébro-cardiaque a une tendance constante à la guérison. Le traitement qui hâtera cette guérison doit viser trois points essentiels qui peuvent se résumer ainsi :

1° Supprimer la cause de la névrose ;

2° Soumettre le malade à certaines règles d'hygiène et à l'emploi de moyens thérapeutiques rationnels;

3° Ne jamais négliger l'action morale que le médecin doit exercer sur l'esprit de son malade.

Tout travail intellectuel devient impossible dans la période d'acuité du mal. Il ne peut donc être question de l'interdire à ce moment. Mais lorsque l'amélioration se produit, les malades devront s'abstenir longtemps encore de tout effort cérébral. La reprise trop hâtive des travaux intellectuels produit à coup sûr l'aggravation du mal, nous l'avons plusieurs fois constaté chez nos malades. L'un d'eux nous annonçait une recrudescence de sa maladie chaque fois qu'il se livrait à l'étude, et le retour des accidents venait toujours justifier ses prévisions.

L'usage du tabac, du café, du thé sera supprimé d'une manière absolue. L'abus de ces substances a été noté, dans un très grand nombre d'observations, comme une cause puissante de la névrose. Elles doivent être rigoureusement interdites dans le cours de la maladie. L'usage modéré du vin et de la bière ne paraît pas devoir être proscrit.

Parmi les moyens thérapeutiques qui ont été employés pour combattre la maladie, il en est dont l'action est certainement nuisible, telles sont les préparations ferrugineuses; il en est de même du quinquina, du sulfate de quinine; nous avons plusieurs fois constaté l'augmentation du mal après l'usage de ces médicaments.

Les agents thérapeutiques qui ont une action curative indéniable sont les bromures, la valériane et l'hydrothérapie. Les malades que nous avons eu l'occasion d'observer ont tous obtenu un apaisement rapide par l'emploi simultané de ces moyens. Les bains tièdes quotidiens et prolongés calment l'irritabilité des premiers mois et produisent le sommeil. A une période plus avancée, lorsqu'il est plutôt indiqué de tonifier que de calmer, les bains froids à eau courante sont d'une incontestable utilité. Le drap mouillé peut être avantageusement conseillé.

Le séjour à la campagne et principalement à l'air vif des montagnes est très salutaire. Krishaber admet que la cause prochaine des accidents est due à une anémie cérébrale, provoquée par une contracture permanente des vaisseaux de l'encéphale; aussi lui semble-t-il admissible que les altitudes considérables puissent agir favorablement sur la circulation capillaire par le fait de la diminution de la pression atmosphérique et de la dilatation qu'elle tend à produire sur les vaisseaux rétrécis. Les endroits qu'il recommande sont : dans les Grisons, Saint-Moritz-les-Bains

(1.786 mètres) et les environs de la Haute-Engadine, dans la Valteline, les bains de Saint-Martin et de Bormio (1.450 à 1.550 mètres).

La noix vomique, la strychnine augmentent invariablement les accidents nerveux. La médication hypodermique à l'aide de l'arséniate de strychnine, conseillée par Imbert de la Touche dans la neurasthénie (Congrès de Bordeaux 1895), ne serait donc pas à tenter.

Nous n'avons pas essayé l'électricité qui a donné certains résultats à Krishaber contre les névralgies. Les bains électrostatiques et les bains hydro-électriques à courants alternatifs sinusoïdaux pourraient être employés avec avantage.

A la constipation on opposera les laxatifs souvent répétés, à l'insomnie les préparations opiacées et le chloral.

L'influence morale exercée par le médecin sur l'état mental du patient est d'une très grande importance. Il doit surtout s'efforcer d'atténuer les inquiétudes du malade, relever son courage, entretenir constamment en lui l'espoir, parfaitement justifié d'ailleurs, d'une complète guérison. « Il importe avant tout que le médecin prenne autorité sur son malade et lui persuade qu'il n'est atteint d'aucune lésion organique, que rien ne s'oppose dès lors à une guérison radicale. Pareille persuasion n'est point difficile à obtenir, mais il faut encore tenter de la maintenir. Une attitude ferme et bienveillante en même temps, l'audition patiente et apitoyée de... quelques-uns des troubles si variés sur la description desquels l'imagination du malade n'est jamais en défaut, un examen minutieux de tous les organes aideront à capter la confiance du sujet, à obtenir son adhésion et sa collaboration au traitement ». (Grasset, *Traité pratique des maladies du système nerveux.)*

Observation I (Personnelle).

M. X..., trente-six ans, tempérament nerveux, a abusé du tabac, du café et du thé. Il a toujours joui d'une bonne santé, son père et sa mère sont bien portants.

M. X..., après quelques signes précurseurs ayant consisté en étourdissements, puis en hémiopie et scotome scintillant, fut pris subitement d'un étourdissement très intense avec défaillance, mais sans perte complète de connaissance. Ces premiers accidents se prolongèrent une heure environ, puis le malade se trouva très sensiblement amélioré; cet apaisement ne fut pas de longue durée; le soir du même jour, les accidents se reproduisirent pendant quelques heures encore. La nuit suivante fut bonne.

Pendant toute la durée de la maladie le sommeil ne fut du reste jamais troublé. La journée du lendemain fut marquée par de plus nombreux accès. Ceux-ci se rapprochèrent de plus en plus et la maladie devint continue.

Appelé près de M. X... dès le soir du premier jour de sa maladie, nous le trouvons pâle, triste, abattu, très préoccupé de son état. Le pouls, très ralenti, ne bat que 50 fois par minute. Nous ne constatons, à l'auscultation du cœur, aucun souffle. La respiration ne présente rien de particulier.

Les accès qui se produisirent pendant les jours suivants revêtirent la forme périodique. Le sulfate de quinine que prit alors le malade ne fit que les augmenter.

Dans les deux premiers mois de la maladie, les recrudescences furent très fréquentes et se caractérisèrent par des palpitations, des étourdissements, de la strangulation.

Les troubles digestifs du début, inappétence, constipation, ne se

prolongèrent pas au delà de la première semaine. L'appétit redevint normal et la constipation disparut. Nous n'avons pas constaté de dilatation de l'estomac. La pâleur du début fit bientôt place à l'aspect de la santé la plus parfaite. Les symptômes qui persistèrent pendant deux années, furent la strangulation qui se produisait au commencement des accès, pour disparaître avec eux, les étourdissements et les défaillances. La mémoire resta toujours intacte.

Les troubles sensoriels se prolongèrent pendant plusieurs mois. Le malade se regardait dans la glace comme s'il ne se reconnaissait pas. L'hyperesthésie fut très marquée. Le moindre bruit était extrêmement pénible. Les accès se terminaient par une abondante émission d'urines nerveuses.

Les moyens thérapeutiques employés furent les bromures à haute dose, la tisane de valériane, le drap mouillé et les bains à eau courante. L'usage du café, du thé et du tabac fut rigoureusement proscrit et tout travail intellectuel suspendu. Au bout de deux ans, le malade, que nous avons pu suivre, était complètement guéri.

Observation II (Personnelle).

M. X..., quarante-huit ans, employé de chemin de fer. Ce malade est très grand fumeur et abuse du café et du thé. Il a éprouvé de grands chagrins. Aucune tare héréditaire ou diathésique.

Sans signes précurseurs d'aucune sorte, il fut pris, le premier jour de sa maladie, d'étourdissements et d'un état de vague indéfinissable. Il put cependant se rendre le même jour chez le médecin de la Compagnie qui lui conseilla une application de sangsues à la nuque, croyant, nous a raconté le malade, qu'il se trouvait en présence d'accidents congestifs du côté du cerveau. Le lendemain et le surlendemain, il se trouva très amélioré, mais le quatrième jour, il retomba

dans le même état de vague et d'étourdissement et c'est alors qu'il nous fit demander. Nous le trouvons très pâle, profondément abattu et découragé ; la respiration est normale, il n'y a pas de souffle au cœur, mais le pouls bat 130 fois par minute. Le malade croit que sa mort est prochaine.

La défaillance n'est pas allée jusqu'à la syncope.

Nous prescrivîmes une potion bromurée avec du sirop d'éther, et au bout de quelques heures le malade s'endormit.

La nuit fut très calme et il en fut de même, du reste, de toutes les nuits dans le cours de la maladie. Chez ce malade, dont les accidents furent longtemps très intenses, jamais il n'y eut d'insomnie.

M. X... dut rester au lit pendant tout le premier mois. Durant cette période les lipothymies et les étourdissements furent très fréquents. Puis ils s'éloignèrent peu à peu, et, vers la fin du deuxième mois, le malade commença à sortir.

La sensation de strangulation était très accusée, sans cependant aller jusqu'à l'angine de poitrine intense.

Les accès se produisirent surtout au réveil et le malade nous répéta bien des fois, que chaque matin ses étourdissements étaient si prononcés qu'il « croyait mourir ».

Les fonctions digestives n'ont été atteintes que pendant le premier mois. L'inappétence du début ne tarda pas à disparaître et le malade reprit rapidement son embonpoint. La mémoire ne fut pas diminuée.

Ce n'est qu'au bout d'une année que M. X... se trouva sensiblement amélioré.

Le traitement consista surtout dans l'hydrothérapie sous forme de bains tièdes prolongés dans les premiers mois, et, plus tard, du drap mouillé. Le malade se refusa presque toujours à prendre du bromure. Il n'avait pas absolument renoncé à l'usage du tabac.

Après trois années de traitement, lorsque nous cessâmes de le voir, il n'était pas complètement guéri.

Observation III

(M. le Dr Peter, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.)

Mme X..., créole de la Havane, âgée de quarante-deux ans, femme éminemment nerveuse, ayant eu fréquemment des migraines et d'autres troubles nerveux, d'ailleurs assez légers, est devenue très anémique, par le fait d'une énorme tumeur fibreuse de l'utérus, qui a provoqué et provoque encore des métrorrhagies fort abondantes.

C'est dans ces conditions qu'elle a perdu subitement son mari il y a six mois. Elle en éprouva le chagrin le plus violent et se soumit volontairement à une sorte de claustration; elle ne quitta pas, pendant deux mois, sa chambre à coucher, où les rideaux, soigneusement fermés, entretenaient l'obscurité en plein midi.

Dans ces mauvaises conditions morales et physiques, elle eut à entretenir, avec les personnes de son pays, une correspondance des plus actives, roulant sur la perte qu'elle venait d'éprouver ou sur des questions d'intérêt très considérables. Parfois cette dame écrivait une partie de la nuit.

Au bout de six semaines environ de cette fatigue cérébrale, Mme X... s'aperçut qu'il lui était impossible d'écrire désormais; à peine avait-elle commencé une lettre qu'elle devait la laisser inachevée; se remettait-elle à l'œuvre que les lignes se brouillaient sous ses yeux et qu'elle était prise de vertiges.

Ce dernier symptôme, qui bientôt devint persistant, consiste dans un sentiment de balancement, comme par le fait d'un bateau, ou bien encore il semble à la malade « que sa tête est vide, qu'elle n'est pas à elle, qu'elle ne tient pas à son corps, que ses idées vont se perdre ».

En même temps, il y eut de l'hyperesthésie de la vue et de l'ouïe; la

lumière vive, le bruit un peu intense, une conversation un peu animée la fatiguent et produisent le vertige.

La lecture, l'écriture, un travail d'aiguille quelconque sont devenus absolument impossibles.

La marche est hésitante, au point que la malade s'appuie sur les murs ou sur les meubles de sa chambre quand existe le vertige.

L'insomnie survint dès le début, mais ne fut pas rebelle à ce point qu'elle ne cédât au bromure de potassium combiné au chloral.

Le sommeil ainsi provoqué est fréquemment troublé par des cauchemars, la malade rêve d'enterrements, il lui semble qu'elle est morte, etc.

Elle se réveille alors en proie à de violentes palpitations. Celles-ci se produisent d'ailleurs spontanément dans la journée et sont survenues peu après le vertige, mais elles ne sont pas constantes.

Indépendamment de ces palpitations, la malade a éprouvé des névralgies intercostales aux quatrième et cinquième espaces du côté gauche, mais elle n'a jamais eu de symptômes d'angine de poitrine.

Elle sent depuis peu de temps, par intervalles, « quelque chose qui lui monte de l'estomac à la gorge et qui la serre ».

Tristesse, besoin de solitude, un certain degré d'irritabilité, mais sans colère.

Appétit et digestion absolument normaux.

La malade est pâle et a un peu maigri.

Le traitement a été des plus variés : tonique d'abord et sans succès; antispasmodiques plus efficaces, mais l'état est encore à peu près stationnaire.

Observation IV (Krishaber).

M. X... appartient à une famille dans laquelle les maladies nerveuses sont fréquentes. Pendant toute son enfance, il a eu des cauchemars pendant l'été; l'anxiété causée par cet état était telle qu'il refusait

souvent de se coucher. Fièvre intermittente avec céphalalgie extrêmement intense et délire pendant l'accès; vers l'âge de dix-sept ans, guéris par les antipériodiques, les maux de tête revinrent cependant très fréquemment d'abord, plus rarement ensuite, avec une extrême violence et pendant toute la vie.

Vers l'âge de dix-neuf ans, le malade semblait dépérir, sans cause appréciable; un séjour en Italie, répété les années suivantes, lui rendit la santé; à partir de ce moment, M. X... fut bien portant jusqu'à l'âge de trente-trois ans.

A la suite de travaux intellectuels extrêmement fatigants, qui, pendant plusieurs mois, avaient nécessité des veilles fréquentes, M. X..., qui depuis quelque temps se plaignait de névralgies (sciatique, pleurodynie), fut pris un jour tout d'un coup, en lisant, de bourdonnements d'oreilles, de lueurs devant les yeux et de vertige. Aussitôt il dut cesser la lecture, n'en pouvant saisir le sens.

En se mettant debout, il eut des palpitations avec anxiété précordiale, et il dut en même temps s'appuyer sur les meubles de sa chambre pour ne pas tomber; dès ce premier moment, la marche était difficile par le fait du vertige, qui, permanent pendant bien des mois, devint ensuite intermittent, mais ne céda complètement qu'après deux ans et demi révolus.

Les premières nuits qui suivirent la brusque invasion de la maladie, furent sans sommeil; pendant bien des mois encore, le malade ne put dormir plus de quelques minutes de suite; à peine assoupi, il était réveillé par d'horribles cauchemars avec anxiété, palpitations (sans sueurs); la crainte de s'endormir devint même telle que le malade fit tous ses efforts pour se tenir éveillé. C'est cette vivacité des rêves pénibles qui lui fit repousser, après les premières tentatives mal réussies, la médication narcotique.

Lorsque, après plusieurs nuits, le sommeil devint plus durable, les apparitions n'en continuèrent pas moins et persistèrent pendant toute la durée de la maladie, même lorsque, vers le déclin, à l'insomnie succédait la somnolence.

Le symptôme dominant du début était le vertige.

Le malade, pendant plusieurs mois, ne put marcher à pas lents, mais il put courir pendant quelques instants sous condition de s'arrêter brusquement dès qu'il arrivait au but.

Aux bourdonnements d'oreille s'ajoutait une perturbation auditive qui empêchait le malade de reconnaître la nature de la provenance des sons, sa propre voix lui semblait étrange, il en était de même de celle de ses interlocuteurs; il y avait en même temps de l'hyperesthésie auditive qui contraignait M. X... à se boucher les oreilles avec du coton et à éviter soigneusement tout bruit, dans la mesure du possible.

L'hyperesthésie s'étendit d'ailleurs à tous les sens, la photophobie était extrêmement accentuée, la sensibilité de la peau (surtout à la région épigastrique) était telle que le contact de la chemise ne put être supporté; les odeurs impressionnaient tout aussi péniblement. Aucune altération du goût.

Environ quinze jours après le début des accidents survinrent des lipothymies qui étaient constantes; le malade croyait sans cesse perdre connaissance, et à cette sensation s'ajoutait une grande anxiété, de la douleur précordiale avec dyspnée et strangulation. Ces phénomènes qui duraient toute la journée cessèrent pendant la nuit. Il n'en était pas de même des palpitations qui se présentaient à toute heure, sans cause appréciable, mais aussi à la suite des moindres mouvements ou des impressions morales les plus insignifiantes.

Toute occupation devint impossible; le malade ne put lire une page, ni tracer un mot, sans effort suivi de lassitude.

A cette impuissance intellectuelle s'ajoutait bientôt l'impuissance physique, non seulement la locomotion était gênée par le fait du vertige, mais le malade devint si faible, qu'il put à peine faire quelques pas, même lorsque le vertige était moindre.

Le soir venu, à l'affaissement de la journée succédait quelquefois l'excitation. M. X..., qui s'était isolé complètement, redevenait alors sociable et communicatif, mais cet état n'était pas durable; les acci-

dents augmentant toujours d'intensité, la tristesse devint permanente, et M. X..., sauf la personne qui lui donnait des soins immédiats, ne tolérait plus qui que ce fût auprès de lui.

Les premières semaines d'insomnie furent suivies de sensations de rêve, de vide et d'ivresse.

Pendant dix-huit mois encore M. X... suivit nos prescriptions habituelles pour le régime et l'usage des médicaments, en même temps qu'il alternait l'hydrothérapie proprement dite, avec l'usage des bains froids à l'eau courante; il passait les saisons chaudes sur les hauteurs de la Suisse et du Tyrol, l'hiver en Italie et dans le midi de la France, et, trois ans après le début des accidents, M. X... était complètement guéri.

Observation V (Krishaber).

Malade vu avec M. le Dr Peter.

M. X..., étudiant en médecine, né de parents bien portants (mère très nerveuse), âgé de trente et un ans, a eu dans son enfance des cauchemars poussés jusqu'au somnambulisme. Pendant l'adolescence il a souffert de l'estomac.

A la suite d'excès faits pendant la dernière guerre (de boissons, de café et de tabac), M. X... a été pris de tremblements alcooliques, qui cessèrent après deux mois d'abstinence et de traitement; il était bien portant ensuite jusqu'au mois de juillet dernier.

Il eut alors de l'embarras gastrique et fut pris, un matin, de céphalalgie et de lumbago qui, supposés de nature rhumatismale, furent combattus par de petites doses de quinine continuées pendant une quinzaine de jours.

Au mois de janvier dernier, M. X... ressentit subitement, sans aucun signe précurseur, des bourdonnements d'oreille, des phosphè-

nes et un vertige tellement violent, qu'il put à peine, et en chancelant, gagner sa fenêtre afin de l'ouvrir ; il eut au même moment des palpitations, des sueurs profuses, et, quelque temps après, la sensation de l'ivresse. Dès lors le sommeil devint mauvais, fut interrompu par des réveils fréquents et agité par des cauchemars.

M. X... ne pouvait qu'avec peine se livrer à un travail intellectuel quelconque ; il devint irritable, irascible, se sentait constamment fatigué, même au repos, et avait notablement perdu de son énergie.

Parfois il a de la douleur très vive et passagère au cœur, avec ou sans palpitations.

Sa marche, d'abord incertaine, à un tel point qu'il n'osait sortir qu'en longeant les murs, afin de s'y appuyer au besoin, devint ensuite moins hésitante ; mais dès que le malade fléchit la tête, soit en avant, soit en arrière, il est pris immédiatement d'un vertige violent qui tend à le renverser. Il a remarqué, cependant, que lorsqu'il persiste à garder la position qui produit le vertige, celui-ci diminue à la longue.

L'état vertigineux coïncide avec la sensation de vide et de vague ; il semble au malade qu'il n'a point d'idées, sa mémoire est profondément troublée, et il est incapable de fixer son esprit sur un sujet quelconque ; souvent, il ne se rappelle pas les mots les plus simples et a de véritables absences momentanées, ou du moins, des distractions telles, qu'il prononce des paroles qui n'ont aucun rapport avec la situation dans laquelle il se trouve. La mémoire locale a baissé et M. X... ne peut pas retrouver, sans l'aide d'un ami, le chemin de l'hôpital qu'il fréquente depuis longtemps. Toutefois, tous ces symptômes se sont déjà amendés, mais M. X... n'est pas encore remis.

Trois mois après la rédaction et la publication de cette observation dans la *Gazette hebdomadaire de médecine,* ce malade était complètement remis.

Observation VI (Krishaber).

M. X..., magistrat, âgé de trente-trois ans, sans antécédents névropathiques. Par suite d'un avancement de carrière amenant des occupations beaucoup plus nombreuses, M. X... fut pris un jour, dans la rue, et sans aucun signe précurseur, par des éblouissements, suivis immédiatement de vertiges violents. « Je fus entraîné comme par un tourbillon et lancé à terre, dit le malade; n'ayant pas perdu connaissance, je voulus me relever, mais je roulai de nouveau à deux ou trois pas en avant. On accourut me donner secours; une fois debout, je pus gagner une voiture.

» A partir de ce jour, j'ai été constamment malade. J'ai la tête à la fois lourde et vide il me semble que je suis ivre. » M. X... marchait, en effet, comme un homme pris de boisson; il lui était impossible de rester debout ou de marcher lentement, mais il pouvait, par un effort subit de sa volonté, s'élancer et faire des pas précipités, après lesquels il s'asseyait immédiatement sous peine de tomber. Une fois, après avoir fait quelques pas au bras d'un ami, il fut pris d'un vertige si violent, qu'il se jeta sur son compagnon, ferma les yeux et s'y suspendit avec angoisse de tout le poids de son corps. Quatre ou cinq fois seulement des accès aussi violents survinrent étant assis.

Voici ce que ressent le malade pendant les accès : « Il me semble que ma tête est attirée à terre par un poids énorme, mes mains ne suffisent pas à retenir ma tête et je cherche une table pour l'appuyer; un jour, étant en voiture, il m'a semblé que la terre s'entr'ouvrait et que je roulais à pic avec voiture et chevaux.

» L'accès est précédé par de la défaillance et une sensation très pénible de vide dans la tête; je crois sans cesse m'évanouir, mais je n'ai jamais, en vérité, perdu connaissance; je peux même, de vive

voix, prévenir les personnes qui m'entourent de l'accès qui va se produire et leur annoncer aussi l'approche du mieux.

» J'ai très souvent un brouillard devant les yeux, j'ai aussi des palpitations et je me sens très irritable. »

L'hyperesthésie des sens est peu accusée, le malade n'a pas de douleur au cœur. Le sommeil n'a jamais été troublé. Aucune conception fausse ne s'est manifestée, le phénomène dominant était le vertige et les troubles de la locomotion qui en étaient l'expression. Les troubles des sens, les troubles de la circulation étaient peu prononcés. Appétit absolument indemne et digestions excellentes. M. X... n'a été, en somme, atteint que de la forme légère de la névropathie cérébro-cardiaque, avec prédominance d'un des principaux symptômes, le vertige.

L'hydrothérapie, suivie pendant trois semaines seulement, n'a pas donné de résultat; l'usage du fer produisait de la constipation; tout traitement fut cessé.

Le malade se sentait très notablement amélioré vers la fin de la première année, et lorsque nous le vîmes, il pouvait déjà marcher avec une certaine facilité. Il avait l'apparence d'un homme en parfaite santé et nous dit qu'au plus fort de sa maladie il en avait été de même.

Les accidents diminuèrent de plus en plus et finalement cessèrent. Actuellement, M. X... est complètement guéri.

Observation VII (Dr Beni-Barde).

M. X..., trente-quatre ans, employé, sans antécédents névropathiques, a toujours été bien portant.

Il lui survint de légers vertiges au commencement de l'année 1869. Au mois de juin de la même année, et après un travail très prolongé,

M. X..., qui avait la diarrhée depuis quelques jours, a été pris subitement, dans la rue (à Auteuil), sans aucun phénomène précurseur, d'un foudroyant étourdissement; il s'accrocha à un arbre pour ne pas tomber à terre. Il ne perdit cependant pas connaissance, put rentrer chez lui, où il eut des bâillements réitérés, suivis d'un sommeil lourd de deux heures.

A partir de ce moment, M. X... eut des vertiges qui rendirent la marche d'abord impossible, ensuite incertaine, hésitante; le malade, lorsqu'il put sortir, se fit constamment accompagner d'un ami, dont il prit le bras; c'est surtout le terrain dur qui rendait l'équilibre instable, et il l'évitait. Le vertige était permanent. Dès son premier jour d'apparition, survinrent des battements de cœur précipités, de l'hyperesthésie et des troubles sensoriels multiples; la lecture, comme d'ailleurs tout travail intellectuel, devinrent absolument impossibles. Le bruit d'une voiture, entendu à distance, causait des tremblements et des palpitations ; l'impressionnabilité du malade était en outre si grande, que la moindre contrariété lui faisait verser des larmes.

Un jour, se trouvant auprès de personnes qui lui causaient de l'ennui, et, après s'être contenu pendant longtemps, il tomba par terre et eut une attaque d'hystérie avec convulsions cloniques, des cris, des pleurs et la sensation de strangulation.

Les digestions devinrent mauvaises, l'estomac était ballonné et tendu; il y eut de la diarrhée persistante.

Les palpitations étaient suivies de douleurs aiguës au cœur de très courte durée.

Le sommeil du malade était resté relativement bon, mais le moral s'affecta profondément, il devint triste, rechercha la solitude et ne put s'empêcher de penser incessamment à sa mort. Il eut d'ailleurs de fréquentes défaillances et il lui semblait souvent qu'il allait mourir.

Après avoir pris pendant longtemps divers médicaments, parmi lesquels nous citerons le bromure de potassium, la strychnine, la valériane, M. X... eut recours au traitement hydrothérapique, à l'établissement d'Auteuil.

Il a fallu trois mois avant qu'on pût administrer la douche complètement froide, tellement était exagérée la sensibilité ; mais, petit à petit, son état s'améliora.

Quittant Auteuil, M. X... se rendit à la campagne, dans sa famille, et continua pendant six mois l'usage du drap mouillé.

Le vertige diminua notablement, et avec lui tous les autres symptômes, mais il était encore loin d'être guéri lorsque, au mois de juin 1871, il reprit le traitement hydrothérapique à Auteuil et le suivit pendant huit mois consécutifs.

Cette fois, l'amélioration fut encore plus prononcée, le malade étant actuellement presque complètement guéri.

Observation VIII (Dr Gruby).

M. X..., ingénieur, ancien élève de l'Ecole polytechnique, âgé de quarante-huit ans, sans antécédents névropathiques. Depuis l'âge de vingt-cinq ans, M. X... a des névralgies multiples et souvent très douloureuses.

Il y a une dizaine d'années, à la suite de travaux prolongés et excessifs, il survint du vertige, des étourdissements, des bourdonnements d'oreille. Ces accidents allèrent toujours en augmentant, au point que M. X... fut finalement obligé de garder le lit, qu'il ne quitta point pendant quinze mois.

Des accidents multiples et d'une violence excessive accompagnèrent cet état ; tels étaient les troubles des sens et notamment de la vue (diplopie), et leur hyperesthésie.

L'hyperesthésie de la vue, toutefois moins prononcée, était aussi très grande.

L'insomnie survint dès le début des accidents, et des réveils incessants, des cauchemars et des hallucinations horribles agitèrent les rares moments de sommeil.

Une sensation continuelle d'ivresse et de rêve s'empara de l'esprit du malade, qui devint triste et misanthrope, à un tel point, qu'il refusa toute société et s'isola complètement. Il donna l'ordre de poser ses aliments devant son lit, et ne voulut même pas voir son domestique.

Sans entrer dans des détails, disons seulement que tous les symptômes diminuèrent progressivement d'intensité à mesure qne le sommeil se rétablit.

Mais actuellement encore, M. X... a de légères rechutes et ne peut pas être considéré comme complètement guéri.

Observation IX (Dr Gruby).

M. X..., artiste peintre, sans antécédents névropathiques, est âgé de trente-cinq ans.

Après un travail excessif et des impressions morales pénibles et prolongées, M. X... fut pris d'insomnie suivie de vertiges tellement violents, qu'il dut garder le lit pendant une dizaine de mois.

Il eut en même temps une sensation de vide et d'ivresse dans la tête. Presque en même temps se présentèrent des palpitations d'une violence excessive, des troubles et de l'hyperesthésie des sens.

Des frissons, suivis de bouffées de chaleur, simulèrent des accès de fièvre, mais le pouls était presque constamment lent et filiforme. Le sulfate de quinine qu'avait pris le malade au début, loin d'apaiser les accès qui avaient affecté d'abord le forme périodique, les rendait plus intenses.

L'inappétence était complète, le malade pâlissait et maigrissait considérablement.

Quoiqu'il fût sans volonté, absolument inerte, comme une masse, il

donna cependant des renseignements très précis, avec une remarquable lucidité, lorsqu'il fut questionné; il lui semblait, en quelque sorte, « être un automate »; il se sentait « en dehors de lui-même », mais il savait parfaitement, et il le répétait souvent, que ces sensations étaient fausses, quoiqu'elles s'imposassent constamment à son esprit.

Lorsque, après plusieurs mois, il put marcher un peu, le sol lui semblait mouvant et mou, mais le vertige diminua petit à petit, et, après quelques mois, il cessa complètement.

C'est vers le même moment que le sommeil était devenu meilleur, et, dès lors, les accidents s'amendèrent notablement.

L'irritabilité, qui avait été très grande pendant les premiers mois, diminua ensuite et cessa complètement.

Tous les symptômes s'apaisèrent peu à peu, mais le malade ne fut guéri qu'après trois ans révolus.

Observation X (Krishaber).

M. X..., architecte, âgé de trente-huit ans. Père et mère bien portants, vivant encore. Frères et sœurs morts tout jeunes de convulsions ou de « fièvre cérébrale ». N'a eu, pendant son enfance, que des maladies éruptives ordinaires.

D'une constitution robuste, quoique maigre et pâle, M. X... fut pris subitement, à l'âge de vingt-huit ans, de vertiges, d'étourdissements et de battements de cœur si violents, qu'il crut mourir à chaque accès.

Des bains de pieds, des purgatifs drastiques, des sangsues à l'anus furent les moyens employés pour combattre les accidents, mais ils ne firent que les augmenter.

On essaya d'autres remèdes, que le malade ne peut signaler, pour combattre les palpitations, mais aucun n'a amené de bons résultats.

Depuis dix ans, M. X... est en proie à des malaises pénibles, qui lui causent une indicible terreur ; il ne consent pas à sortir seul, craignant toujours de mourir dans un de ses accès.

M. X... est devenu extrêmement irritable, il a des emportements fréquents et est d'une excessive impressionnabilité. A cet état se joint une sensation étrange dans la tête, dont M. X... ne peut déterminer la nature; c'est plutôt une gêne qu'une douleur.

Il a parfois de grands moments d'exaltation auxquels succède l'anéantissement.

Au moment des accès, il éprouve de la strangulation et la sensation d'un corps étranger dans la gorge, sensation qui se dissipe avec la crise.

Le sommeil est resté généralement bon, et, la nuit, les accidents s'apaisent.

Rarement des cauchemars, plutôt des rêves confus, dont le malade se souvient à peine au réveil.

L'intelligence, la mémoire, sont absolument intactes. Le malade accuse une sensation étrange et qui est des plus pénibles, c'est de se croire marchant « dans l'air ». Ce sentiment n'est pas constant.

L'appétit est capricieux, les digestions sont quelquefois mauvaises, surtout au moment des crises.

Après les repas, quoique M. X... ne boive que de l'eau rougie, il est très fréquemment pris d'un sentiment d'ivresse.

Les remèdes employés avaient été : purgatifs, bains de pieds, sangsues à l'anus, quinquina, quinine, belladone, bromure de potassium, ferrugineux. Les ferrugineux sont les seuls, qui, au dire du malade, aient semblé apporter quelque amélioration.

Des douches froides avaient été conseillées, mais M. X... n'a pas voulu les continuer, ces douches amenant une telle excitation qu'il croyait devenir fou.

C'est dans ces circonstances, et sur le conseil de M. le docteur Gimbert (de Cannes), que M. X... s'est adressé à moi, il y a quelques semaines.

Je prescrivis le régime que j'impose à tous mes malades atteints de cette névrose, et, comme médicaments, les antispasmodiques.

Observation XI (Krishaber).

Malade vu avec le Dr Baillarger, médecin honoraire de la Salpêtrière.

(In névropathie cérébro-cardiaque.)

M. X..., âgé de trente ans, m'est adressé par mon savant maître, M. Baillarger.

La mère du malade a eu une maladie nerveuse indéterminée, une sœur atteinte de chorée.

M. X... a eu une enfance triste ; il a toujours été réservé, taciturne et trop sérieux pour son âge, mais il a été ordinairement bien portant et n'a fait de maladie grave d'aucun genre.

Il y a quelques années, il devint d'humeur plus sombre encore, fuyait ses amis et recherchait la solitude.

Il avait quelquefois des étourdissements et des troubles visuels.

Ayant fait quelques excès vénériens, il leur attribua ces légers accidents et consulta à ce sujet des livres spéciaux qui, par des tableaux exagérés, impressionnèrent très vivement son imagination. Quelques contrariétés vinrent encore ajouter à la dépression du malade, et c'est sur ces entrefaites, il y a deux ans et demi, que les accidents prirent tout d'un coup une intensité beaucoup plus considérable.

La vue se troubla, il survint en même temps de la diplopie, la lecture et l'écriture devinrent pénibles, mais non absolument impossibles. Bourdonnements et sifflements dans les oreilles.

Il se produisit en même temps des perceptions perverties conscientes ; il semblait au malade « qu'il n'était pas lui-même .» Il en était de même des objets environnants, le monde extérieur avait changé de forme, d'aspect et de manière d'être. M. X... avait un vague constant dans l'esprit ; il lui semblait rêver, et il n'avait pas le sentiment de la réalité des choses qui l'entouraient.

Le vertige est devenu tel que le malade ne marche actuellement qu'en titubant et en s'appuyant sur tout ce qui l'entoure ou sur le bras d'une personne qu'il n'ose quitter un instant ; les objets tournent autour de lui et le sol est mouvant.

Son caractère s'est ressenti de cet état pénible, il est extrêmement triste et enclin aux pleurs ; il est irritable et conçoit des antipathies et des colères sans motif.

Plusieurs fois des idées de suicide suivies d'un commencement d'exécution.

Pas d'insomnie, mais le sommeil est souvent troublé par des cauchemars ou au moins par des rêves tristes et pénibles, et alors réveil avec anxiété.

Mémoire intacte pour les événements passés, mais il n'en est pas de même pour les faits très récents ; troubles dans la notion du temps et des lieux. Intelligence normale.

M. X... s'exprime avec facilité et une suite parfaite dans les idées.

Fonctions digestives et appétit très bons. Aspect, celui d'un homme parfaitement portant, mais lorsque M. X... marche, il fait exactement l'effet d'un homme ivre.

C'est là le résumé d'un long récit ; il y a deux ans et demi que cet état dure, sans s'être amendé.

Je viens de prescrire à M. X... ma médication ordinaire, en lui enjoignant surtout d'observer le régime auquel j'attache une si grande importance.

Observation XII (Dr Duchenne, de Boulogne).

M. X..., âgé de cinquante-cinq ans, a été toute sa vie nerveux et irritable, il est de haute stature, maigre, et a été d'ailleurs ordinairement bien portant.

Occupant une position importante dans la politique, il mit beaucoup de passion dans l'exercice de ses hautes fonctions ; ayant dû soutenir à la Chambre une lutte incessante et passionnée contre l'opposition, il dut se retirer en face d'elle et rentrer dans la vie privée.

C'est à la suite de ces circonstances qu'une névrose s'est déclarée avec les caractères suivants :

D'abord difficulté et bientôt impossibilité de se soumettre à quelque travail intellectuel que ce fût ; toute pensée qui exigeait une contention d'esprit quelconque dut être écartée.

S'efforçait-il de surmonter cette fatigue intellectuelle, des douleurs vives lui survenaient dans la tête ; il était pris en même temps de vertiges, au point de ne pouvoir rester debout ; quelquefois même, pendant la station et la marche, il titubait et était pris d'un sentiment d'ivresse.

Cet état était accompagné de grandes impressions et de troubles cardiaques (palpitations).

A mesure que cet état s'aggrava, l'irritabilité du malade devint extrême ; aucun bruit ne pouvait être supporté, et c'était surtout la musique qui éveillait des sensations douloureuses avec bourdonnements et exerçait une influence sur son moral au point de lui faire verser des larmes ; la lumière le fatiguait également, et il recherchait constamment l'obscurité.

Tel était l'état du malade, lorsqu'il vint me consulter et me demander si l'application de l'électricité pourrait lui apporter quelques sou-

lagements, disant qu'il avait épuisé en vain, jusque-là, tous les moyens thérapeutiques connus. Je lui ai répondu négativement. Mais, persuadé que les circonstances politiques dans lesquelles il s'était trouvé, étaient la cause principale de sa maladie, je lui conseillai de sortir de Paris, de se distraire par le voyage, et lorsque ses forces le lui permettraient de fatiguer le corps par les marches prolongées autant que possible et de préférence dans les pays montagneux.

Depuis lors, je n'ai plus revu le malade, mais j'ai appris quelques années plus tard, qu'il avait suivi mon conseil et que sa santé habituelle lui était revenue, au point de pouvoir jouer un certain rôle politique depuis les derniers événements.

CONCLUSIONS

1° La névrose cérébro-cardiaque doit être séparée de la neurasthénie et considérée comme une entité morbide.

2° Elle reconnaît à peu près les mêmes causes que la neurasthénie. Les excitants (tabac, café, thé) en sont des causes déterminantes fréquemment observées.

3° Elle se distingue par des caractères bien spéciaux des autres formes de neurasthénie (cérébrale, spinale, cardialgique, etc.), aussi bien que de l'irritation spinale, de l'hystérie, de l'hypochondrie, de l'anémie, du goitre exophtalmique fruste.

4° Elle se termine constamment par la guérison, et sa durée moyenne est de deux années.

5o Le traitement qui donne les meilleurs résultats consiste dans l'hydrothérapie, les bromures et les préparations de valériane, après suppression absolue des excitants du système nerveux.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
PICOT.
Bordeaux, le 2 juillet 1896.

Vu : *Le Doyen* :
A. PITRES

Vu et permis d'imprimer:
Le Recteur,
A. COUAT.
Bordeaux, le 7 juillet 1896.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Jaccoud. — *Pathologie interne.*

Dieulafoy. — *Manuel de Pathologie interne.*

Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.

Bouveret. — *La Neurasthénie* (épuisement nerveux).

Levillain. — *La Neurasthénie* (maladie de Beard).

Conraud. — Thèse de Paris, 1873.

Charcot. — *Traité de Médecine.*

Axenfeld et Huchard. — *Traité des Névroses.*

Krishaber. — *La Névropathie cérébro-cardiaque.*

Gilles de La Tourette. — *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie,* d'après l'enseignement de la Salpêtrière.

Pr Pitres. — *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme.*

P. Janet. — *Etat mental des hystériques.*

Grasset. — *Traité pratique des maladies du système nerveux.*

Ballet (Gilbert). — Leçon sur la période prodromique à forme neurasthénique de la paralysie générale (*Semaine médicale* du 22 novembre 1893).

Revue internationale d'Electrothérapie.

Imbert de La Touche. — Traitement de la Neurasthénie par l'action combinée de la médication hypodermique et de l'électricité *(Congrès de Bordeaux,* 1895).

Bordeaux — Imp. du Midi, P. Cassignol, 91, rue Porte-Dijeaux.